

Periorbital tuberculosis: a case report

M. Jamshidi, MD¹ N. Sadeghi, MD² A. Jamshidi, MD³.

Assistant professor, Department of Internal Medicine¹, Otolaryngologist², Ophthalmologist³ Hormozgan University of Medical Sciences.

ABSTRACT

Introduction: Periorbital tuberculosis is rare and usually associated with involvement of other organs. Most of these patients have underlying cause. Diagnosis is difficult and depends on microbiologic and histological study.

Case report: A 17 years old student referred to Shahid Mohammadi Hospital with periorbital mass since 12 weeks ago with impression of bacterial periobital abscess. Incision and drainage was done and the patient received 7 days Iv Antibiotic therapy and was discharged with relative improvement. The patient referred again with recurrence of the symptoms. Culture of drained puss in special media showed mycobacterium Tuberculosis. The patient received 6 months antituberculous therapy with improvement, No recurrence is seen in 12 months follow up.

Results:

Conclusion: We must consider periorbital tuberculosis in patients with refractory periorbital infection without tuberculosis involvement of other organs.

Key words: Orbit – Tuberculosis - Tuberculosis, Ocular

Correspondence:

M. Jamshidi, MD

*Shahid Mohammadi
Hospital Internal
Medicine Ward
Hormozgan University of
Medical Sciences.*

Bandar Abbas, Iran

Tel: +98 761 3347001-5

E.mail:

mjamshidi@hums.ac.ir

آبسه سلی اطراف اربیت (یک گزارش موردی)

دکتر مهین جمشیدی^۱ دکتر ناصر صادقی^۲ دکتر امیر جمشیدی^۳
^۱ استادیار گروه داخلی^۲ متخصص گوش و حلق و بینی^۳ فلوشیپ قرنیه دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان

مجله پزشکی هرمزگان سال نهم شماره دوم تابستان ۸۴ صفحات ۱۵۷-۱۶۰

چکیده

مقدمه: سل در کشورهای در حال توسعه یک بیماری آندمیک محسوب می‌شود که می‌تواند ارگانهای مختلفی در بدن را درگیر کند. درگیری بافت‌های نرم و از جمله بافت‌های اطراف حدقه بصورت نادر دیده می‌شود و اغلب همراه با درگیری سایر قسمت‌های بدن از جمله ریه‌ها می‌باشند. اغلب بیماران با عفونت‌های اطراف حدقه دارای فاکتورهای زمینه‌ای می‌باشند. تشخیص این عفونت‌ها بدون درگیری همزمان سایر قسمت‌های بدن اغلب دشوار می‌باشد.

معرفی بیمار: در این مقاله ما یک مورد عفونت سلی بافت نرم اطراف حدقه را شرح می‌دهیم. یک مرد جوان ۱۷ ساله با توده مزمن اطراف چشم مراجعه کرده بود و با تشخیص آبسه اطراف حدقه تحت درمان جراحی و طبی قرار گرفته و دچار عود ضایعه شده بود. در بررسی‌های میکروبی‌شناسی از نمونه‌های تهیه شده میکروباکتریوم توبریکولوز رشد کرد و بیمار با تشخیص عفونت سلی اطراف چشم به مدت ۶ ماه تحت درمان با داروی ضد سل قرار گرفت و بهبود یافت.

نتیجه‌گیری: عفونت سلی اطراف حدقه می‌تواند بدون فاکتور زمینه‌ای و یا سل فعال در سایر ارگانها یا سابقه عفونت سلی ایجاد شود.

کلیدواژه‌ها: اربیت - سل، سل چشمی

نویسنده مسئول:
دکتر مهین جمشیدی
بیمارستان شهید محمدی -
بخش داخلی دانشگاه علوم
پزشکی هرمزگان
بندرعباس - ایران
تلفن: ۰۷۶۱-۳۳۴۰۰۱۵-۹۸
پستالکترونیکی:
mjamshidi@hums.ac.ir

دریافت مقاله: ۸۳/۸/۲۶ اصلاح نهایی: ۸۴/۵/۲ پذیرش مقاله: ۸۴/۶/۲

مقدمه:

آبسه و عفونت‌های اطراف چشم اغلب متعاقب ضربه یا عفونت در ساختمان‌های مجاور مثل سینوس‌ها ایجاد می‌شود. استرپتوکوک پنومونی و استافیلوکوکها شایعترین میکروارگانیسم‌های ایجادکننده این عفونت‌ها می‌باشند (۱، ۲). درگیری حدقه در سل به دو شکل می‌باشد، یکی ضایعه التهابی مزمن با ایجاد فیستول و آبسه و دیگری ایجاد Orbital tuberculoma که یک توده ارتشاحی با ایجاد اختلالات حسی عصبی در چشم می‌باشد. سل یا سابقه بیماری سل معمولاً ولی نه لزوماً وجود دارد. این بیماران معمولاً بعنوان عفونت‌های باکتریایی درمان می‌شوند و به درمان جواب نمی‌دهند و در بررسی‌های باکتریولوژی یا هیستوپاتولوژی مایکوباکتریوم توبریکولوز تشخیص داده می‌شوند (۳، ۲).

معرفی بیمار:

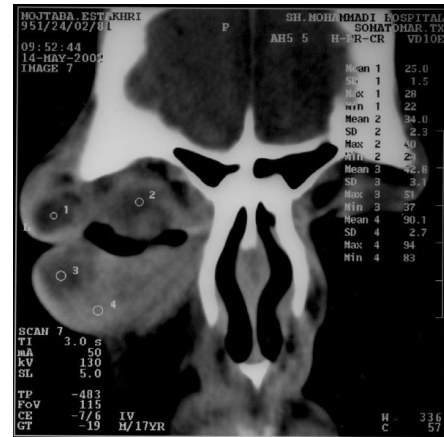
آقای ۱۷ ساله ای محصل ایرانی ساکن بندرعباس با تورم و قرمزی اطراف چشم چپ از حدود ۱۲ هفته قبل به بیمارستان شهید محمدی بندرعباس مراجعه کرد. در تاریخچه بیمار یک برجستگی کوچک در ناحیه خارجی پلک پایین را ذکر کرد که ۲ هفته بعد برجستگی دیگری در پلک فوقانی به آن اضافه شده بود. بیمار چند دوره آنتی‌بیوتیک خوراکی دریافت کرده بود ولی بهبودی پیدا نکرده بود. در هنگام بستری در معاینه علائم حیاتی در حد طبیعی بود. معاینه چشمی توده ای به اندازه ۲×۲ سانتی‌متر قرمز با تورم اطراف و مختصری حساسیت در قسمت خارجی پلک تحتانی و توده کوچکتري با همان مشخصات در ناحیه خارجی پلک فوقانی مشاهده شد و دید بیمار و حرکات چشم طبیعی و پروپتوز مشاهده نشد. در سی تی اسکن انجام شده نواحی با دانسیته کم و بعضی نواحی با دانسیته هوا در اطراف حدقه مشاهده شد (شکل ۱، ۲). با تشخیص آبسه اطراف حدقه آبسه بیمار در دو ناحیه بالا و پائین تخلیه گردید و چرک تخلیه شده

پیرازینامید و اتامبوتول برای وی شروع شد. بعد از یک ماه تمام علائم بیمار بهبود یافت. بیمار ۶ ماه دارو دریافت کرد. در پیگیری ۱۲ ماهه هیچگونه عودی مشاهده نشد.

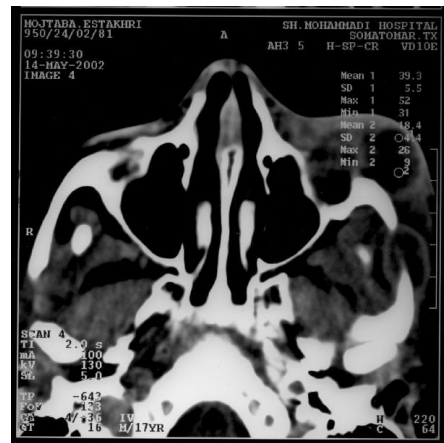
بحث و نتیجه‌گیری:

درگیری حدقه و بافت‌های اطراف حدقه در سل نادر می‌باشد و معمولاً از طریق هماتوژن یا انتشار از ساختمان‌های اطراف می‌باشد البته درگیری ریوی در این بیماران ممکن است از نظر بالینی و رادیولوژیکی قابل تشخیص نباشد (۴،۳). گزارشات اخیر نشان می‌دهد که عفونت اطراف چشم بوسیله مایکوباکتریوم‌ها به شکل عفونت بافت نرم بعلت مایکوباکتریوم آتپیک، بخصوص بعد از کارگذاری پروتز می‌باشد (۵). گزارشاتی از درگیری بافت‌های اطراف حدقه و اطراف حدقه متعاقب سینوزیت و پریکاردیت سلی وجود دارد ولی در بیمار ما سینوسها کاملاً شفاف بودند. در بررسی ۱۱ مورد عفونت بافت نرم به علت سل در کانادا تمام بیماران دارای بیماری زمینه‌ای شامل اختلالات بافت همبند، پیوند کلیه و استفاده از داروهای ایمنو ساپرسیو بودند و تمام بیماران شواهدی از سل فعال یا تاریخچه سل را داشتند (۶). در مورد بیمار ما هیچگونه بیماری زمینه‌ای یا بیماری فعال سل یا تاریخچه سل مشاهده نشد. سل بافت نرم در گزارشات دیگر نیز همراه با عفونت نقاط دیگر بوده است مثل گزارش آبسه پشت حلق همراه با اسپوندیلیت گردن (۷،۸) یا لنفادنیت (۹،۱۰) و آبسه گلوئال همراه با درگیری ستون فقرات (۱۱). در بررسی ۱۴ مورد توبرکولوز حدقه در ۸ مورد Periostitis و در ۲ مورد توبرکولوما مشاهده شد. در ۱۲ نفر از این بیماران درگیری نواحی دیگر بخصوص ریه‌ها (۸ مورد) مشاهده گردید (۱۲). در بیمار ما شواهدی از Periostitis نیز مشاهده نشد. بیمار ما بجز سابقه زندگی در یک منطقه آندمیک، ریسک فاکتور دیگری نداشت و علائمی دال بر سل یا سابقه بیماری سل را نیز نداشت. بررسی این مورد نشان می‌دهد که عفونت بافت‌های نرم اطراف چشم که به درمان‌های معمول جواب نمی‌دهد، می‌تواند در اثر سل بوجود آید. حتی در صورتیکه بیمار سابقه سل را ذکر نمی‌کند و در این موارد بررسی دقیق میکروبیشناسی و در صورت امکان

جهت بررسی میکروب شناسی به آزمایشگاه ارسال گردید رنگ آمیزی گرم و اسید فاست و کشت در محیط‌های روتین منفی گزارش شد و بیمار با بهبودی نسبی پس از دریافت ۷ روز آنتی بیوتیک وریدی مرخص گردید.



شکل شماره ۱- تصویر اگزیزال اربیت که آبسه در قسمت قدامی اربیت را نشان می‌دهد.



شکل شماره ۲- تصویر کروئال اربیت قدامی با آبسه‌های اطراف اربیت

۸ هفته بعد بیمار بعلت برگشت علائم مراجعه کرد و در معاینه تورم اطراف حدقه همراه با خروج ترشحات چرکی از محل هر دو توده مشاهده شد و درسی تی اسکن انجام شده تورم بافت نرم اطراف حدقه بدون درگیری حدقه و یا درگیری استخوانی مشاهده شد. کشت نمونه‌های تهیه شده در محیط‌های مخصوص سل مایکوباکتریوم توبرکولوز را نشان داد. عکس سینه بیمار طبیعی بود و شواهدی از سل قدیم و سل فعال مشاهده نشد. سدیمانتاسیون بیمار در حد نرمال بود و تست توبرکولین منفی بود. رژیم ضد سل با ترکیب ریفامپین، ایزونیازید،

بررسیهای هیستوپاتولوژیک جهت تشخیص ضروری است.

References

منابع

1. Tovilla – Canales JL, Nava A, Tovilla Y, Pomar JL. Orbital and periorbital infections. *Curr Ophthalmol*. 2001; 12(5): 335-341.
2. Terrence P. Brien O. Periocular infections. In: Mandell GL. Mandell's Principles and practice of infectious disease, 5th ed. London: Churchill Livingstone; 2000: 1273-1277.
3. Khalil M, Lindley S, Matouk E. Tuberculosis of the orbit. *Ophthalmology*. 1985; 92(11): 1624-1627.
4. Dennis L. Stevens. Skin and soft tissue infections. *Infect Med*. 2003; 20 (10): 483-493.
5. Mauriello JA. Atypical mycobacterial study group: Atypical mycobacterial infection of the periocular region after periocular and facial surgery. *Ophthal plast Reconstr surg*. 2003; 19(3): 182-188.
6. Puttick MP, stein HB, Chan RM. Soft tissue tuberculosis: as series of 11 cases. *J Rheumatol*. 1995; 22(7): 1321-1325.
7. Sutbeyaz Y, Ucuncu H, Murat karasen R. The association of secondary tonsillar and laryngeal tuberculosis. *Auris Naso Larynx*. 2000; 27(4): 371-374
8. kiuchi N , Irifune M, Koizuka I. Report of 2 cases of tuberculous retropharyngeal abscess in adults. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho*. 2003; 106(5):510-513.
9. Hugosson C, Nyman RS, Brismar. Peripheral osteoarticular and soft tissue Tuberculosis. *Acta Radiol*. 1996; 37(4): 512-516.
10. Abdelwahab IF, Kenan S, Hermann G. Tuberculous gluteal abscess without bone involvement. *Skeletal Radiol*. 1998; 27(1): 36-39.
11. Kumar R. Chandra A. Gluteal abscess: A manifestation of pott's spine. *Neurol India*. 2003; 51(1):87-88.
12. Sen DK. Tuberculosis of the orbit and lacrimal gland a clinical study of 14 cases. *J Pediatr Ophthalmol strabismus*. 1980 17(4): 232-238.